

入居区分	一般 ・ 特例
申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホームひろやす荘
社会福祉法人 慈光会 介護老人保健施設ケアポート益城 入居申込書
グループホーム津森倶楽部

社会福祉法人 慈光会
理事長 永田 啓朗 様

〒 -
入居申込者住所：
ふりがな
氏名：
電話番号： - -
携帯番号： - -
入居希望者との続柄：()

・貴法人の施設に入居したいので関係書類を添えて申し込みます。

希望する施設と優先順位		
特別養護老人ホームひろやす荘	介護老人保健施設ケアポート益城	グループホーム津森倶楽部

入居希望者の状況					
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満 歳
氏名		生年月日	明・大・昭	年 月 日	
現住所	〒 -				
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入居中				
	【施設又は病院等】				
	名称				
	所在地				
	入院・入所期間	平成	・ 令和	年 月 日から	
介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで				
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 認定済み（第一段階・第二段階・第三①段階・第三②段階・第四段階） <input type="checkbox"/> 未認定				
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、介護保険施設等で常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入居(院)している病院・施設から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()				

入居希望者の状況

入居希望 時期	<input type="checkbox"/> 施設に空きベッドがあれば直ちに入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい
居室希望	<input type="checkbox"/> (ユニット型) 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 居室の希望はない
食事内容	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> その他
担当 ケアマネ	氏名： 事業所名： 電話番号 ()
かかりつけの病院	
かかりつけの先生	
その他 入居に関して 希望する事項	

特列入所を希望する事由

(※特別養護老人ホームを入居希望する場合)

- 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください。)
 - 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
 - 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。
 - 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
 - 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。
 - その他
- 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。

同意書

○今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申請書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。
○入居前の事前調査にあたり、必要な情報を収集・利用することに同意します。
令和 年 月 日

入居申込者 印

入居希望者 印

※ 介護保険被保険者証 (写)、介護保険負担割合証 (写) を添付してください。